



มหาวิทยาลัยราชภัฏบรจบุรี
 เลขที่รับ..... 0940
 วันที่..... 27 มี.ย. 2565
 เวลา..... 11.00

มท.บจ.บ.
 เลขรับ..... 1794
 วันที่..... ๑๗ มิ.ย. ๒๕๖๕
 เวลา..... 1๒.3๐ น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานมหาวิทยาลัย โทร. ๐๔๔๘๐๖, ๐๔๔๘๑๔

ที่ อว ๖๕๐๑.๐๒๐๒/ว ต๓๒๓๓ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง รับทราบแบบฟอร์มเอกสารประกอบการพิจารณาเรียกร้องสิทธิใหม่ค่ารักษาพยาบาล
 ประกันสุขภาพกลุ่ม ตามเงื่อนไขข้อมูลส่วนบุคคล ตามกฎหมาย PDPA

(๑) เรียน รองอธิการบดีวิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

ด้วยบริษัทไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย
 ข้อมูลส่วนบุคคล ตามที่กฎหมาย PDPA หรือ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลมีผลบังคับใช้ วันที่
 ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ ตามรายละเอียดดังที่แนบ นั้น

ซึ่งการดำเนินการเกี่ยวกับการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากประกันสุขภาพกลุ่มของพนักงาน
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำเป็นต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าของข้อมูลทุกครั้ง บริษัทฯ จึงขอกำหนดเงื่อนไข
 การใช้งานเอกสาร ประกอบการพิจารณา เรียกร้องสิทธิใหม่ค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพกลุ่ม ดังนี้

๑. การเบิกประกันสุขภาพกลุ่มผ่านมหาวิทยาลัย ต้องกรอก แบบฟอร์มเรียกร้องสิทธิ
 ค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพกลุ่ม แนบมาพร้อมกับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล, ใบรับรองแพทย์
 และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทุกครั้ง โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสารแบบฟอร์มเรียกร้องสิทธิใหม่ค่ารักษาพยาบาล
 ประกันสุขภาพกลุ่ม ได้ที่เว็บไซต์กองการเจ้าหน้าที่ หรือ สแกน QR Code

๒. การเบิกประกันสุขภาพกลุ่มผ่านช่องทาง Easy claim ไม่ต้องกรอกแบบฟอร์มเรียกร้อง
 สิทธิใหม่ค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพกลุ่ม (สำหรับพนักงานที่ยังไม่สามารถใช้ Easy claim ได้ ขณะนี้
 อยู่ระหว่างตรวจสอบและรวบรวมข้อมูล เพื่อให้บริษัทดำเนินการต่อไป)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาแจ้งประชาสัมพันธ์ให้พนักงานในส่วนงานของท่านทราบ
 และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อานันท์ คงศิลา)

รองอธิการบดีฝ่ายกิจการสภามหาวิทยาลัยและพัฒนารับยากรรมนุษย์
 รักษาการแทนผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่

(๒) เรียน คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์

เพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์บุคลากรในสังกัด
 ให้ทราบโดยทั่วกัน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อานนท์ อ้นทรงษ์)

รองอธิการบดีวิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร



แบบฟอร์มเรียกร้องสิทธิใหม่

เรียน หัวหน้าสำนักงานเลขานุการคณะฯ

เพื่อโปรดแจ้งเวียนบุคลากร



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิริพร แสนศรี)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร
รักษาการแทน

คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์
๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๕

เรียน... *คุณวิไล*

เพื่อโปรดดำเนินการแจ้งเวียนประชาสัมพันธ์

บุคลากร นิสิต

ติดประกาศ เว็บไซต์คณะ E-mail

KUSG News รวบรวมนำส่งตามกำหนด



๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๕



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

ที่ DPO.GRP.01/2565

27 พฤษภาคม 2565

เรื่อง แจ้งการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคล

เรียน ท่านเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล


บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า บริษัทฯ ได้เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไว้ก่อนวันที่พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 จะมีผลบังคับใช้ (ก่อนวันที่ 1 มิถุนายน 2565) เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลที่บริษัทฯ ได้เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย เพื่อวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติตามสัญญาหรือนิติกรรมหรือความผูกพันใดๆ ระหว่างท่านกับบริษัทฯ รวมถึงการให้บริการตามสัญญาหรือนิติกรรมหรือความผูกพัน

บริษัทฯ ขอเรียนว่า บริษัทฯ ยังมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านต่อไปเพื่อวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติตามสัญญาหรือนิติกรรม รวมถึงการให้บริการตามสัญญาหรือนิติกรรมหรือความผูกพันตามสัญญาประกันภัย หรือกรมธรรม์ประกันภัย ระหว่างท่านกับบริษัทฯ โดยการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ เป็นไปตามฐานการปฏิบัติตามสัญญา ฐานการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย หรือฐานประโยชน์โดยชอบด้วยกฎหมาย อันเป็นไปตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 กำหนด ทั้งนี้ ไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่สิ้นสุดความผูกพันตามสัญญา

2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่บริษัทฯ ได้เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย เพื่อวัตถุประสงค์อื่นๆ เช่น การนำเสนอ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ การวิเคราะห์วิจัย เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท รวมถึงวัตถุประสงค์ทางการตลาด

บริษัทฯ ขอเรียนว่า บริษัทฯ จะยังคงเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าวต่อไป อันเป็นประโยชน์แก่การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ รวมถึงการแจ้งหรือนำเสนอข้อมูล ข่าวสาร ส่งมอบกิจกรรมส่งเสริมการตลาดต่างๆ ให้แก่ท่าน ทั้งจากบริษัทฯ และพันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทฯ แต่หากท่านไม่ประสงค์จะให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อวัตถุประสงค์ตามข้อนี้ ท่านสามารถติดต่อขอยกเลิกความยินยอมได้

ท่านสามารถอ่านและศึกษารายละเอียดนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ได้ที่ สแกน QR Code  หรือ <https://www.ocean.co.th/privacy-policy> และสามารถติดต่อเพื่อขอใช้สิทธิต่างๆ ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการยกเลิกความยินยอมตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 กำหนด ผ่านศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร 02 207 8888 ทั้งนี้ การยกเลิกความยินยอม อาจกระทบต่อการปฏิบัติตามสัญญาหรือนิติกรรม รวมถึงการให้บริการและการรับข่าวสารและสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆ จากบริษัทฯ

บริษัทฯ ตระหนักอย่างยิ่งถึงความรับผิดชอบในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย รวมถึงการบริหารจัดการ และการคุ้มครองความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านได้ให้ไว้กับบริษัทฯ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทร 02 207 8888

ขอแสดงความนับถือ

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันภัยกลุ่ม สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม/สมาชิกสหภาพ
(Group Claim Form for Insured Member)

ขอแนะนำเพื่อให้การพิจารณาการเรียกร้องเงินไปด้วยความรวดเร็ว (Consideration for Outstanding reimbursement)

- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความสมบูรณ์ โดยสมาชิกผู้เอาประกันภัย/สมาชิกสหภาพกรอกด้วยตนเอง (Complete filling the information by insured member)
- กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ สามารถให้ผู้ปกครองดำเนินการแทนได้ (In the event that the insured is a minors, the parents can do on their behalf)
- กรอกแบบฟอร์ม 1 ใบ ต่อการรักษา (1 form : each time of sickness / Admit Date)

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลและ กรุณาทำเครื่องหมายในช่องด้านล่างตามเอกสารที่ท่านจัดส่งมา

- แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันภัยกลุ่ม (Group claim form)
- ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ (Original Certificate medical, excepted use reimbursement of Hospital income benefit)
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ (Original Receipt, excepted use reimbursement of Hospital income benefit)
- ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีนอนโรงพยาบาล) (Invoice bill, in case of inpatient)

ผู้ถือกรมธรรม์-ชื่อบริษัท (Policy Holder-Company Name):	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	วันที่ (Date):	
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Policy No.):	GH/GA/GL/GS/GU GH 4841	หนังสือรับรองเลขที่ (Certificate No.):	
ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย (Insured's Name):			
อายุ (Age):	ปี (Years)	เพศ (Sex):	<input type="checkbox"/> ชาย (Male) <input type="checkbox"/> หญิง (Female)
ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address):			
โทรศัพท์มือถือ (Mobile):		อีเมล (Email):	
ประเภทการรักษา (Claim Type):	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน (IPD): วันที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล (Admit Date) _____ ถึงวันที่ (Discharge): _____ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> ทันตกรรม (Dental) วันที่รักษา (Admit Date): _____ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ (Others): _____ วันที่รักษา (Admit Date): _____		
สาเหตุ (Cause):	<input type="checkbox"/> เจ็บป่วย (Illness) <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ (Accident) วันที่เกิดเหตุ (Accident Date): _____ เวลา (Time): _____ น. <input type="checkbox"/> การแจ้งความ (Did you have the police report): <input type="checkbox"/> มีแจ้งความที่ (Yes, at): _____ <input type="checkbox"/> ไม่มี (No) <input type="checkbox"/> ลักษณะการเกิดเหตุ (Details of accident) / อาการ (Symptoms): _____		
ประสงค์ขอเอกสารคืน (Request a return of the documents):	<input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ (No)		

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือ ผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

ลงชื่อ _____ ** ลงชื่อ _____ ** ลงชื่อ _____
(_____) (_____) (_____)
ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/ พยาน พยาน
ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

* ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์ _____
(_____)

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน



นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล

